

· 论著 · 胃肠腹腔 ·

腹腔镜手术治疗小肠占位并肠梗阻诊治体会(附8例报告)

吴桂堂* 张锐江

中山陈星海中西医结合医院普通外科(广东 中山 528415)

【摘要】目的 探讨腹腔镜手术治疗小肠占位并肠梗阻的临床应用及效果。方法 2019年10月至2023年6月期间我科8例小肠占位并肠梗阻患者，年龄31~81岁(51.37±15.50岁)，病程1~50天(13±17.79天)，采用腹腔镜手术治疗，腹腔镜辅助下部分小肠切除吻合术，术后早期下床活动，中药物及物理治疗、液体治疗，观察术后疗效。结果 8例患者腹腔镜辅助下成功完成手术治疗，手术时间40min~200min(134.37±50.39min)，术后2~5天(3.25±1.04天)恢复胃肠功能，术后6~11天(8.75±1.83天)康复出院，术后随访15~60月(43.63±17.92月)，临床症状消失，术后病理分别是间质瘤、血管-淋巴管瘤、小B细胞淋巴瘤、恶性黑色素瘤、纤维瘤、假性淋巴瘤、小肠重复畸形、黏液纤维肉瘤等，术后未复发，未再出现肠梗阻临床表现。结论 腹腔镜手术是治疗小肠占位并肠梗阻的一种有效治疗方法，可合理选择应用。

【关键词】小肠占位；肠梗阻；腹腔镜；手术

【中图分类号】R656

【文献标识码】A

DOI:10.3969/j.issn.1009-3257.2026.5.055

Clinical Experience of Laparoscopic Surgery Treatment for Small Bowel Mass with Intestinal Obstruction(8 Cases)

WU Gui-tang*, ZHANG Rui-jiang.

Department of General Surgery, ZhongShan Chenxinghai Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Zhongshan 528415, Guangdong Province, China

Abstract: Objective To investigate the clinical application and efficacy of laparoscopic surgery treatment for Small bowel mass with intestinal obstruction. **Methods** To analyse the clinical dates from 8 cases of Small bowel mass with intestinal obstruction between October 2019 to June 2023, laparoscopic-assisted partial small bowel resection anastomosis, Whose the age was 31~81 years (51.37±15.50 years) and the disease duration was 1~50 days (13±17.79 days). Which accepted laparoscopic surgery treatment and early postoperative ambulation, chinese medicine, physical therapy, fluid therapy. **Results** The 8 patients completed laparoscopic surgery successfully, the operation time was 40min-200min (134.37±50.39min), gastrointestinal function was recovered 2~5 days after operation (3.25±1.04 days), discharged in Postoperative 6~11 days (8.75±1.83 days). The postoperative pathologies were stromal tumor, angio-lymphangioma, small B-cell lymphoma, malignant melanoma, fibroma, pseudolymphoma, small intestine duplication malformation, myxoid fibrosarcoma, and follow-up of 15~60months(43.63±17.92 months) without recurrence of intestinal symptoms. **Conclusion** It is an effective treatment method and a good choice of laparoscopic surgery treatment for Small bowel mass with intestinal obstruction.

Keywords: Small Intestine Mass; Ileus; Laparoscopic; Surgery

小肠梗阻因小肠占位所致肠梗阻少见，发病率低^[1]，临床上容易误诊误治。我科自2019年10月至2023年6月对8例小肠占位并肠梗阻患者，经伦理审查同意，采用腹腔镜手术探查治疗，术后疗效佳，临床诊治体会如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组患者8例，男6例，女2例，年龄31~81岁，平均年龄(51.37±15.50)岁，以腹痛腹胀伴或不伴肛门停止排气排便为临床症状，病程1~50天，平均病程(13±17.79)天，入院后均进行了腹部CT检查，均有提示小肠梗阻或小肠套叠，4例提示合并有小肠占位。

诊疗经过：8例患者，均在入院后经有效胃肠减压，纠正水电解质紊乱，补液等非手术治疗1~2天，症状无明显临床缓解或好转，完善腹部CT平扫及增强及相关术前检查后，采用腹腔镜手术探查治疗。术前留置胃管、尿管。

腹腔镜辅助手术方法：静脉插管全麻，采用开放法在脐上缘部位建立第一个腹腔镜戳孔，建立气腹，在左下腹反麦氏点

及下腹部穿刺操作孔戳孔，置入腹腔镜器械，全面探查腹腔，检查无转移，术中发现小肠占位并梗阻(图1、图2)，术中注意操作轻柔，仔细认真，术中定位病变后，腹腔镜下游离松解小肠肿物处系膜，缝合一吸收线定位，放气腹后在肿物最近腹壁切一适合小切口，托出小肠肿物及小肠，距离肿物上下各约10~15cm处切断，并游离切除该段小肠系膜近根部移除标本(图3)，二侧小肠行端端吻合或端侧吻合，并关闭系膜裂孔，回纳小肠，冲洗清理腹腔，放置腹腔引流管，关闭戳孔或切口，切口处应用罗哌卡因局部浸润麻醉术后镇痛(图4)，结束手术。

术后临床治疗与康复管理^[2]：患者手术后在麻醉未完全清醒时卧床时取半坐卧位，如有尿管术后第一天可拔除尿管，术后早期下床活动，在麻醉清醒后即可离床活动，术后营养支持及维持水电解质平衡，术后给予物理治疗促进胃肠功能康复(例如腹部高频治疗，磁疗等)，待肛门排气后，如有胃管可以拔除胃管，如无腹胀不适，患者出现饥饿感，试进食少量温开水等流质，再慢慢过渡至无渣粥汤，稀粥水，稠粥水，再至面条等，至正常饮食，少量多次，由少到多，可配合中医中药调理，慢慢过渡到正常饮食。

【第一作者】吴桂堂，男，副主任医师，主要研究方向：普通外科胃肠肝胆及疝。E-mail: E-mial:65055812@qq.com

【通讯作者】吴桂堂

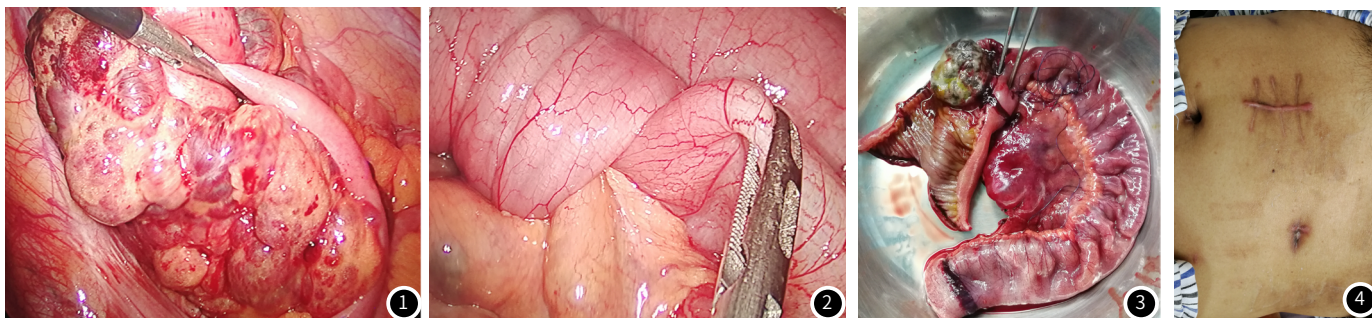


图1 探查发现小肠占位(血管-淋巴管瘤病例)。图2 发现小肠套叠(小肠黑色素瘤病例)。图3 术后标本(小肠黑色素瘤病例)。图4 术后切口图。

2 结果

8例患者均在腹腔镜探查后完成手术下完成小肠肿物切除小肠吻合手术,手术时间40min~200min(134.37 ± 50.39 min),术后无肠道出血,无肠漏发生,术后2~5天(3.25 ± 1.04 天)恢复胃肠功能,术后6~11天(8.75 ± 1.83 天)康复出院,术后病理无相同的病理情况,术后病理报告情况为:间质瘤、血管-淋巴管瘤、小B细胞淋巴瘤、恶性黑色素瘤、纤维瘤、假性淋巴瘤、小肠重复畸形、黏液纤维肉瘤。恶性肿瘤者至我院肿瘤内科接受化疗等综合治疗,良性的定期复查或复诊。术后随访15~60月(43.63 ± 17.92 月),临床症状消失,无肿瘤复发转移等情况。

3 讨论

小肠占消化道极大部分,但小肠占位所致小肠梗阻发生率,临床罕见。小肠占位可来源于小肠原发肿瘤或先天畸形,因为小肠内容物通过较快,且为碱性,细菌较少,有较高的免疫球蛋白,形成小肠肿瘤机会较少。小肠肿瘤可以来自小肠壁各类各层组织^[3],例如上皮组织、血管组织、淋巴组织、结缔组织、神经组织、脂肪组织、肌组织等等。在小肠占位中,恶性小肠占位以腺癌和恶性淋巴瘤多见^[4],良性占位以腺瘤多见。肠道间质瘤也在小肠部位好发。小肠占位多发生于中年人为主,因小肠占位解剖位置特殊,早期缺乏典型症状或体征,肿块进展后可以出现腹痛、肠梗阻、腹部包块、出血、穿孔等症状^[5]。腹痛多由存在不同程度的小肠梗阻所致,梗阻因素往往是小肠占位增大导致肠道狭窄痉挛,或发生小肠套叠,或出现粘连压迫等因素引起,出现典型肠梗阻的症状或体征^[6]。未发生梗阻时,消化道造影检查或小肠镜、胶囊内镜可以发现部分小肠占位^[7],不过小肠梗阻是小肠镜及胶囊内镜检查等禁忌证^[8];在临床诊疗过程中,如果考虑小肠梗阻可能由小肠占位所致时,建议可行全腹部CT检查^[9],这有助于显示小肠占位病变,有较高的诊断准确率^[10]。小肠的先天性畸形也是小肠占位梗阻的可能原因,例如卵黄肠管的未闭形成的畸形小肠憩室,小肠憩室本身可发生肿瘤或套叠粘连或扭转,从而形成小肠梗阻;如小肠的重复畸形,可以压迫邻近的肠管或形成套叠形成小肠梗阻。小肠良恶性占位在术前并不易确定。小肠占位所致小肠梗阻应与其它疾病相鉴别。例如慢性小肠假性梗阻,可出现腹胀腹痛,但造影等检查并无明显梗阻存在,一般不需要外科处理。粘连性肠梗阻多有腹部手术史,经非手术治疗多可缓解,CT检查一般无小肠占位表现^[11]。

小肠占位梗阻的治疗,基础治疗按肠梗阻常规处理,进行禁食、胃肠减压、抗炎补液对症处理;小肠占位梗阻根本治疗,最确切最有效的方法是外科手术治疗^[12]。小肠占位不排除恶性占位可能,推荐切除占位上下10~15厘米以上肠段,连同切除该段肠管所

在肠系膜及区域淋巴在内的根治性切除^[13],术后根据病理结果,恶性者建议进行相应的肿瘤综合性治疗。如无远处转移,及时发现手术切除治疗,治疗效果相对较好。外科治疗并不复杂,但因小肠长度较长,且相互重叠,术前往往难于诊断或在术前定位病灶,从而导致传统手术一般切口较大,创伤较大,出血较多,恢复较慢;反之腹腔镜手术,术中容易定位,切口小,具有微创化,创伤及出血少,恢复快等优点。腹腔镜手术可明确诊断定位病变并同时实施手术治疗^[14]。腹腔镜手术探查缺乏手感,如遇定位困难,必要时可考虑应用术中肠镜辅助检查。对小肠占位梗阻占位病人,笔者认为应及时进行腹腔镜检查术。腹腔镜手术包含完全腹腔镜下手术和腹腔镜辅助下手术。完全腹腔镜下手术在全腔镜下操作,一般需应用吻合器闭合器等,成本较高,耗时较长,同时术中需注意避免肠内容物污染腹腔,一般最后仍需经小切口取出标本^[15];腹腔镜辅助下手术,可以在腹腔镜探查下发现和定位小肠病灶,可先在腔镜下游离或分离病灶,根据病灶位置选择在最合适的腹部位置切开一小切口,进行小肠病灶切除吻合手术,应用最小的切口达到治疗的目的,且操作相对简单。腹腔镜辅助下手术,可缩短手术时间,减少吻合器闭合器等手术使用,减少手术费用,目前在临床应用较多,笔者倾向于此种手术方法。

综上所述,小肠占位梗阻临床少见,多由小肠良恶性肿瘤或小肠的先天性畸形引起,外科手术是确切有效的治疗。相较于开放手术,腹腔镜手术探查可发现定位及治疗,有创伤较小,恢复较快等优点,笔者认为临床上可依实际情况合理选择腹腔镜手术方式。当然,该文病例为回顾性,病例不多,还有待进一步研究。

参考文献

- [1] Horton KM, Fishman EK. Multidetector-row computed tomography and 3-dimensional computed tomography imaging of small bowel neoplasms: current concept in diagnosis[J]. J Comput Assist Tomogr, 2004, 28(1): 106-116.
- [2] 吴桂堂, 贺孝文, 张锐江, 等. 择期腹腔镜手术治疗术后非粘连性肠梗阻(附26例报告)[J]. 岭南现代临床外科, 2016, 16(3): 301-303.
- [3] 吴孟超, 吴在德. 黄家驷外科学(第7版)[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 1530-1532.
- [4] 吴蓉, 张彦秋, 陈彬, 等. 原发性小肠淋巴瘤18例临床分析[J]. 胃肠病学和肝病学杂志, 2021, 30(8): 908-914.
- [5] 胡春海, 张晖, 蒋光, 等. 小肠脂肪瘤继发回盲部肠套叠并不全性肠梗阻1例[J]. 中华普通外科杂志, 2023, 18(7): 547.
- [6] 刘君, 吴广利, 肖欣, 等. 原发性小肠肿瘤的研究进展[J]. 当代医学, 2020, 26(10): 188-191.
- [7] 王煜晔, 白朝辉, 祁兴顺, 等. 双气囊小肠镜对不同年龄患者小肠疾病诊断价值研究[J]. 临床军医杂志, 2022, 50(2): 142-144.
- [8] 李晶, 李雅睿, 杨佳卉, 等. 胶囊内镜在小肠肿瘤临床诊断中的价值[J]. 胃肠病学和肝病学杂志, 2021, 30(12): 1344-1347.
- [9] 陈盈秀, 刘浅浅, 姬慧君, 等. 多层螺旋CT增强扫描对原发性小肠肿瘤诊断的临床价值[J]. 医学影像学杂志, 2023, 33(1): 70-74.
- [10] 罗建华, 朱伯明, 陈圣文, 等. CT 常规扫描与CT小肠造影对小肠肿瘤的诊断价值比较[J]. 中国当代医药, 2024, 31(9): 36-39.
- [11] 赵新宇, 刘晨阳, 王思峰. 多层螺旋CT断层扫描在诊断小肠梗阻中的意义[J]. 黑龙江科学, 2021, 12(10): 62-63.
- [12] 宁勇, 史佩东. 腹腔镜在小肠梗阻中的应用进展[J]. 中国现代普通外科进展, 2021, 21(7): 579-582.
- [13] Mochizuki Y, Kodera Y, Fujiwara M, et al. Laparoscopic wedge resection for gastrointestinal stromal tumors of the stomach: initial experience [J]. Surg Today, 2006, 10(36): 341-347.
- [14] 刘伟, 杨鹏, 赵余晓. 腹腔镜辅助治疗小肠肿瘤24例报告[J]. 中国微创外科杂志, 2017, 17(10): 933-935.
- [15] 柯重伟, 柯成竹, 仇明, 等. 腹腔镜辅助下小肠切除的临床应用[J]. 中华普通外科杂志, 2001, 16(4): 250.

(收稿日期: 2024-05-30)

(排版编辑: 刘淮嘉)

(校对编辑: 江丽华)